JOURNEES DE PRINTEMPS DE L'AFPEP DES 5 ET 6 JUIN 2009 A MARSEILLE

Je souhaiterais commencer mon intervention en m'interrogeant au-delà de l'auditoire que vous représentez aujourd'hui, sur son adresse. Si vous adhérez à l'idée que l'essence d'un texte se décline à l'impérieuse nécessité de ses lecteurs et qu'il peut à ce titre en subir des modifications parfois radicales, la question se pose de savoir à qui nous souhaitons faire parvenir notre réflexion.
S'il est d'actualité de développer des considérations théorico pratiques sur les modalités institutionnelles du traitement des pathologies psychiatriques sévères et chroniques et sur la spécificité des maladies mentales, je pensais que la forme à trouver et la clarté de mes convictions devaient convenir à la grille de lecture des décideurs du moment, aux administrateurs d'association de familles d'handicapés psychiques, aux experts en santé mentale détachés des grandes administrations, à tous les directeurs des services ministériels concernés et peut être aussi aux journalistes spécialisés.
L'adresse aux professionnels que vous êtes me semblait superflue, un exercice de complicité, bien agréable, qui n'allait dans le meilleur des cas que convaincre  des convaincus et j'aurais pris le risque de vous ennuyer en insistant sur une démonstration de quelques évidences.
J'aurais éludé toute approche des fondamentaux de la sémiologie, tout plaidoyer pour une relecture de la psychiatrie classique et toute nécessité d'un enseignement épistémologique de notre discipline.

Et je me serais trompé de cible.

J'aurais oublié qu'il existe dans nos métiers un nombre de plus en plus important de collègues qui occupent des postes clé dans le domaine de la formation, qui participent ès-qualités dans un nombre inflationniste de commissions de planification en santé mentale mais qui plus encore produisent le discours psychiatrique officiel.
A ceux là nous avons laissé un espace libre sans véritable confrontation, comme si nous n'avions plus rien à nous dire, qu'à se héler d'une berge à l'autre de l'incompréhension, de la commisération et parfois du sarcasme.
Pour certains des nôtres, la psychothérapie institutionnelle est ainsi une pratique obsolète, de doux rêveurs du siècle dernier, une pratique aux relents suspects de marxisme et infiltrée par la jargonophasie poétique de la psychanalyse.

Heureusement, après les errements théoriques de l'antipsychiatrie qui ont pu être détournés pour améliorer la durée moyenne de séjour, les balbutiements d'une pharmacologie à coût ridiculement bas, nous sommes entrés dans l'ère de la modernité, de la psychiatrie scientifique utilisant avec efficacité les outils de la recherche médicale les plus avancés et de la chimiothérapie la plus rigoureuse au plus juste prix.
Le docteur Eric Griez, psychiatre néerlandais déclarait il y a 15 ans :
Dès la seconde moitié du XXème siècle, la psychiatrie est rattrapée par la science : la pharmacologie d'abord, l'ensemble des neurosciences ensuite vont se montrer plus utiles au traitement des malades que le discours verbeux de la corporation. Blessés et hautains, certains psychiatres iront jusqu'à refuser les apports nouveaux, comme l'usage des médicaments, mais la force de l'évidence impose désormais le recours à de vraies thérapies : les troubles psychiatriques ne sont plus incurables.» .

L'étude de la psychiatrie est proposée comme pour toutes les autres spécialités au décours des études de médecine. Il s'agit là du principal argument qui autorise la médecine à imposer son périmètre conceptuel à la psychiatrie, argument qui prend sa source dans l'arbitraire historique de l'enseignement médical dans notre civilisation et dans la suprématie de l'organicisme sur toute autre étiologie dans les fondements de la clinique médicale.
L'apport de la recherche scientifique au 19$^{ème}$ siècle a eu comme conséquence la séparation des maladies somatiques et mentales. Les nosographies, au 18$^{ème}$ siècle, qui pouvaient regrouper dans la rubrique fièvres par exemple, la manie et les maladies infectieuses, ont disparu et, depuis, le corpus psychiatrique s'est constitué avec une clinique structurée sur une discrétion des maladies entre elles pendant que la médecine continuait son évolution scientifique avec les progrès étiologiques qui lui faisaient faire l'économie d'une classification et lui a fait préférer un classement par système : digestif, pulmonaire, vasculaire, mais aussi nerveux à l'origine de nos spécialités actuelles.
Les chemins de la psychiatrie ont régulièrement croisé ceux de la médecine somatique avec à chaque confrontation des positions qui se sont préférentiellement orientées vers les thèses organicistes plus académiquement correctes.
Jean Delay (cité par Jean de Kervasdoué) disait qu' « en psychiatrie, la référence à la physiologie et à la chimie neurologique dot être constante, sinon cette psychiatrie sans cerveau est écervelée »
Et Henri Ey, à la même époque, avec sa théorie organo-dynamique, confirmait la place de la psychiatrie comme branche de la médecine en affirmant que « toutes les maladies mentales

(comme le rêve est conditionné par le sommeil) sont déterminées par des processus organiques pathogènes qui altèrent l'être psychique » (1)

Mais ce constat se redouble d'un autre invariant, celui de l'infiltration permanente de la discipline psychiatrique par les sciences humaines au grand dam de la faculté.

« il faut changer l'image de la psychiatrie auprès des étudiants nous dit le Pr Claude François Degos dans le Bulletin d'information de l'ordre national des médecins de mai - juin 2009 : c'est souvent une discipline qui intrigue, relevant à leurs yeux à la fois de la littérature et de la psychanalyse … Or c'est un secteur de la médecine comme un autre. Nous devons avoir une approche plus médicale de la psychiatrie. Cela permettrait peut être de former davantage de psychiatres et de renforcer les compétences des généralistes dans ce domaine. » .

Cet aporie : un secteur de la médecine comme un autre n'est pas partagé par les autres collègues somaticiens qui considèrent pour le plus grand nombre d'entre eux que la prise en charge des malades mentaux est un exercice singulier, faisant appel à des techniques étrangères à leur champ de compétence. Un pneumologue a la compréhension de la pratique d'un cardiologue, d'un gynécologue ou même d'un neurologue ; ils ont en commun une représentation de la maladie, un mode d'emploi et des outils qui leur permettent de partager le même corpus théorique et pratique.

Le chercheur moderne en psychiatrie peut proposer un compte rendu de ses travaux sur le modèle de ceux de ses collègues somaticiens avec cohortes, étude en double aveugle, et autre résultat significatif, il pourra s'inviter à la table de la sciences mais il ne lui faudra pas attendre de ses hôtes ce regard de compréhension et de complicité si espéré. Par contre, un psychiatre lambda échappé de l'asile, qui se retrouve à la même table parce qu'il passait par là, pourra se sentir en harmonie, en pays connu, à la seule condition de ne pas faire de sa pratique un sujet de conversation.

D'aucun l'ont dit d'une façon provocatrice, mais il faudrait penser la médecine comme une branche de la psychiatrie ce qui permettrait à la médecine générale d'être cette spécialité à part entière qu'elle revendique.

A part la blessure narcissique que pourront ressentir ceux qui se sentent investis de la mission d'incarner, de représenter la science médicale, la médecine elle-même ne pourrait qu'y gagner. Cet humanisme dont il est toujours question et qui s'enseigne à la va vite dans les cours de psychologie médicale pourrait être abordé dans le second cycle en tant que socle, nécessité avant tout apprentissage de la thérapeutique - thérapeutique qui ne peut, même en médecine, se suffire de la science et qui ne trouverait pas grand mal à apprécier quelques outils supplémentaires pour engager le futur médecin dans le colloque singulier.

La psychiatrie elle, retrouverait son histoire, ses fondements – elle y gagnerait en cohérence mais elle retrouverait aussi toute la complexité de l'approche de l'humain.
Je pensais avant d'écrire cela, que cet enseignement pouvait être dispensé plus tard par les maîtres en humanisme que sont nos patients, qu'il n'était pas possible en se confrontant aux malades et à leur histoire, de maintenir des positions aussi tranchées sur le traitement du symptôme, sur les causes organiques des maladies ou sur la pertinence du DSM – je pensais que ceux de mes collègues qui participaient à cette simplification de la réalité, n'étaient pas en position de thérapeute, mais plus dans la recherche fondamentale ou la planification.
Je dois certainement me tromper et ceci allant avec cela, il m'apparaît que nous avons une responsabilité collective devant ce qui peut apparaître comme un mouvement de régression dans l'histoire de l'enseignement de la psychiatrie.
Nous ne pouvons pas laisser aux bouquinistes les études d'Henri Ey, les textes freudiens, les recherches de Canghilem et les milliers d'autres textes indispensables à l'exercice de la psychiatrie.
Cela dit, le constat est peut être moins grave qu'il n'y parait – je n'en veux pour preuve que la plainte de Jean de Kervasdoué et d'autres spécialistes en santé mentale sur la faiblesse de la recherche française en psychiatrie – tout laisse à penser qu'il reste encore des psychiatres jeunes et moins jeunes qui écrivent et travaillent sur des objets de recherche et avec des méthodes qui ne peuvent recevoir l'aval éditorial des revues sérieuses et internationales.

« le malade mental n'est toujours pas considéré comme un malade semblable aux autres » regrettait en 1992 Bernard Kouchner au 25$^{ème}$ congrès de l'UNAFAM »
« les maladies organiques sont des menaces à la vie, les maladies mentales sont des atteintes à la liberté – répondait en son temps Henri Ey - Et ceci rend compte de ce fait - poursuivait-il - que l'aspect le plus caractéristique de la Psychiatrie est médico-légal. En effet le processus morbide en entravant, en dissolvant l'activité psychique, amoindrit la liberté et la responsabilité du malade mental ». Dans le même paragraphe le fondateur de l'organisation mondiale de la psychiatrie répète et souligne : « la psychiatrie est à cet égard la pathologie de la liberté »
Cette singulière formule, qui pourrait passer pour une métonymie à l'envers, d'un tout pour une partie, qui se répète et est souligné dans le même paragraphe et qui assimile d'une façon étrange la maladie et sa réponse nous invite à une réflexion sur tous les processus d'aliénation qui font de notre métier, très souvent, un enfermement – avec cette question médico-légale, pour le psychiatre lui-même, toujours présente et ce frayage avec les représentations partagées

avec les patients qui font de l'exercice professionnel une activité sans véritable vacance ni retraite et où les nuits avec les rêves continuent le travail de la journée.
Soigner, se soigner est une expérience qui ne répond à aucune des règles du code du travail et certainement pas à sa réduction. Tous ceux qui sont passés par le divan le savent. Ce travail ne peut se faire qu'ensemble, patients et soignants, réunis dans le même effort à maintenir le lien. Car le paradoxe est là : cette atteinte à la liberté correspond à la perte du lien social. Que cela soit dans un mouvement centrifuge avec le rejet de l'hystérique ou la crainte du paranoïaque par exemple ou centripète avec la réclusion de l'obsessionnel ou l'autisme du schizophrène, les maladies mentales dans leur gravité font perdre le contact à l'autre.

Ce constat est en deçà de la réflexion étiologique et nous rappelle à l'impossible de la psychiatrie : faire se rejoindre clinique, étiologie et nosographie. Force est de constater que la psychiatrie doit, depuis sa création, choisir entre la classification et la clinique pour l'appareiller à l'étude des causes.
Soit la DSM est une classification dont la théorie implicite est l'organicisme à priorité génétique et il n'existe plus de clinique en tant que telle, soit la nosographie classique retrouve la sémiologie et l'étude clinique et il n'y a plus de certitude étiologique.
Le choix du praticien dépend de la place que le patient occupe : objet de recherche ou objet de soin. Dans le premier cas, la présence du malade dans une cohorte, qu'elle soit virtuelle dans une étude épidémiologique ou réelle dans un pavillon dédiée à sa pathologie, créera les conditions de le mettre sous emballage, dans une organisation des soins centrée sur l'asepsie médicale, dans un isolement avec des clones de lui-même qui ne pourra que redoubler celui de la maladie. S'il est objet de soin, la question du diagnostic toujours aussi importante sera celle du diagnostic différentiel et elle accompagnera les premiers soins dans la phase d'accueil. Le plus urgent sera de proposer au patient, quel que soit sa pathologie, un dispositif lui permettant de retrouver le plus rapidement possible une relation à l'autre. Pour cela un auxiliaire précieux sera convoqué : le groupe des patients présents.

L'essence humaine n'est pas dans l'individu isolé, dans sa réalité concrète – elle est dans l'ensemble des rapports sociaux nous dit Marx dans sa 6ème thèse sur Feuerbach.
Cette thèse qui fonde la sociologie, qui donne argument au primat de l'acquis dans le développement humain, ouvre la porte de la sociothérapie.
De même que la psychothérapie est consubstantielle de l'acte de consultation du psychiatre, il ne peut y avoir de prise en charge hospitalière sans part privilégiée donnée à la sociothérapie.

Cette sociothérapie, je la signifie auprès de différents organismes, dans un certain nombre de documents, où je la mentionne en association avec les autres thérapeutiques pour un patient que sont la chimiothérapie et la psychothérapie.
Cette sociothérapie, je peux aussi la repérer dans l'amélioration du tableau clinique d'un patient adressé par un service de psychiatrie, reconnaissant l'absence de dimension institutionnelle dans sa prise en charge, lorsqu'il n'y a pas eu à réaménager d'une façon significative la médication.
Le principal critère retenu à mettre au compte du travail de l'institution sera la reprise du lien, condition nécessaire pour le psychisme du patient de ne plus avoir à protéger le symptôme et le laisse s'amender par les médicaments et/ou le travail psychothérapique.
A la Chesnaie, un des principaux signes de gravité qui nécessite un surcroît de vigilance de la part des soignants, et bien au-delà des cris et vociférations, reste l'isolement du patient et sa non inscription dans un groupe quel qu'il soit.
L'essentiel du travail institutionnel sera de créer, par l'intermédiaire des groupes, les conditions pour restaurer et/ou maintenir le lien entre les personnes. C'est la définition la plus simple de la sociothérapie et cela aurait pu être le terme retenu à la place de la psychothérapie institutionnelle. Mais la distinction entre les deux garde sa pertinence car elle permet de différencier la première du travail psychothérapique, qui autorise la relation duelle, et de la prescription de médicaments, qui rappelle à l'expression corporelle des troubles mentaux ou même, pour certains, à leur probable organicité. La mise en synergie des trois volets de la thérapeutique détermine la seconde, la psychothérapie institutionnelle.
Le groupe – ce sera un ensemble de personnes qui se lient un certain temps et en un certain lieu au travers d'une activité commune
Aller jouer au tennis, parler à la réunion d'accueil, travailler à la cuisine ou au jardin, être le thème unique d'une réunion de constellation, proposer une activité au bureau exécutif du club, participer à un voyage, accepter la conversation proposée par des soignants à la même table de la salle à manger, aucun de ses groupes ne peut être imposé et n'a de valeur thérapeutique en soi. Seule l'organisation institutionnelle, qui permet une articulation permanente entre les différents groupes formels et informels, confère au dispositif sa dimension de soin.
« Il s'agit d'offrir au malade des occupations prégnantes d'identification et de transfert » nous disait Georges Daumezon et pour ce faire « diversifier suffisamment les aspects du service et les types de relation », « multiplier les organisations et surtout les structures ». (2)
Pour Daumezon, comme pour Tosquelles ces structures ne sont que des supports et ne possèdent aucun pouvoir curatif en propre. « C'est ainsi qu'autour de la vraie production de

ces ateliers, c'est tout le contexte d'inter-relations qui en résultent qui seules peuvent prétendre à une action thérapeutique » - « si en psychanalyse, complétait Tosquelles, c'est le médecin qui est l'objet des investissements successifs et phantasmatiques familiaux, dans la thérapeutique de groupe et l'ergothérapie, c'est le milieu concret de vie qui est l'objet de ses investissements » (3)

« il ne s'agit pas d'un inventaire de recettes qui marchent plus ou moins bien et qui impliquent la juxtaposition de techniques variées : ergothérapie, club, cercle de malades, cantine, etc.. » complétait Jean Oury à la fin des années 50.

« il ne s'agit pas non plus des approches que nous fournissent des méthodes comme la dynamique des groupes. » …bien qu'il soit évident que cette conceptualisation peut nous être fort utile en tant que « technique psychiatrique particulière » (4)

« …il n'est (en fait) de groupe, ni d'individu, ni d'institution en soi ; mais, ce qui assure l'être de l'individu, du groupe, ou de l'institution sera la place qu'il (ou qu'elle) occupe dans un univers social, c'est-à-dire un univers symbolique » (4), univers rajoute Oury qui peut être remanié par un »agencement technique concret », comme peuvent l'être actuellement à la Chesnaie, le changement de fonction pour les moniteurs, l'organisation indépendante des associations ou la création et la disparition d'ateliers.

« …autant d'interventions situationnelles qui modifiant la structure signifiante des conditions d'existence et d'environnement doivent modifier quelque chose dans le champ des significations » (5)

Il y a encore 20 ans, en France, la conception à minima de la psychothérapie institutionnelle était la règle dans la plupart des secteurs de psychiatrie – il ne pouvait y avoir de soin sans que le service puisse garantir pour les patients des espaces à vivre ensemble.

Aujourd'hui, le contraire est revendiqué, institué officiellement. Le service de psychiatrie moderne est dans un hôpital général, fonctionne sur le modèle médical, « avec une organisation concevant sans plus une juxtaposition de traitements individuels » (6), où le malade est assigné à sa chambre, voire à son lit. Le principal objectif du séjour doit être l'instauration du traitement médicamenteux, après un bilan biologique complété éventuellement par des examens d'imagerie et de neurophysiologie, comme le préconise l'HAS dans son guide sur la prise en charge des schizophrénies par exemple (7). Le temps du séjour doit être le plus court possible pour éviter les effets iatrogènes du soin hospitalier. Ce temps passé à l'hôpital n'en reste pas moins un temps précieux, avec des effets thérapeutiques certains, liés, comme le souligne B Odier (8), à la séparation affective de l'entourage, à la

surveillance attentive, à la dimension contenante du service, à un processus de régression non spécifique à la psychiatrie, processus très souvent nécessaire pour que le patient accepte d'être, dans le plein sens de cette expression, pris en charge.
De nombreux malades bénéficient pleinement de ce type d'hospitalisation et le peu d'effet groupe qui leur est proposé leur suffit pour restaurer le lien à l'autre. Pour d'autres patients plus sévèrement atteints, la part de thérapeutique hospitalière qui leur est proposée n'est pas suffisante et ces patients nous le savons, sortent souvent rapidement, autant grâce à la conception moderne de la prise en charge psychiatrique que par manque de place – ils reviennent parfois plus tôt que prévu, et pas toujours dans de bonnes conditions pour participer au syndrome collectif de la porte tournante.
Incidemment, je ne peux dénoncer cette politique qu'à la condition de témoigner du travail à l'ancienne et au quotidien de tous les collègues hospitaliers qui résistent encore et qui proposent aux malades les trois volets de la thérapeutique sur une durée de séjour suffisante et dans une continuité des soins, conformément au principe du secteur.

De même que la profession a montré des signes de cécité hystérique manifeste à ne pas reconnaître dans l'augmentation des HDT un indicateur du manque de place dans les services de psychiatrie, elle refuse d'interpréter la recrudescence des actes de violence dans les services comme la perte de la dimension d'accueil, de l'ambiance qui autorise à vivre ensemble le temps d'un soin.
Un patient qui s'isole, n'a plus de contact avec les autres est en danger pour lui-même ou pour autrui – et il est de la mission de la psychiatrie de le soigner avec tous les thérapeutiques qui ont fait leur preuve clinique, et quelle que soit la durée de ses troubles.
Il restera des malades dangereux par leur réactivité au délire résistant aux thérapeutiques les plus modernes et il y aura hélas encore des faits divers dramatiques mais à une fréquence qui devrait rester en deçà de celle de la dangerosité intrinsèque à la société des humains. Pour les premiers, des structures spécialisées restent nécessaire à la condition que leur capacité ne dépasse pas le nombre des patients concernés, et à propos des seconds, parce qu'il n'y aucune raison statistique de tous les confondre, nous aurons toujours à nous garder d'une politique sécuritaire inefficace, fondée sur une heuristique de disponibilité dans les médias pour le malade mental dangereux, qui créé le risque plutôt que de le réduire.

Je travaille dans une clinique privée – je n'en suis pas moins un fervent partisan du secteur en psychiatrie – dispositif qui implique une seule équipe, dans une continuité de soin, pour un patient, de la prise en charge en dispensaire à l'hospitalisation parfois de longue durée.
Pour les auteurs les plus influents de la profession, la prévision à moyen terme pour la psychiatrie est la séparation officielle des structures devant prendre en charge la maladie et celles devant gérer le handicap – ce qui signera la disparition du secteur.
« L'on sait maintenant que sous traitement neuroleptique optimal, le pronostic et le degré de handicap résiduel d'un patient schizophrène sont pratiquement fixés au bout de deux ans, et en tous cas au bout de cinq ans d'évolution. Au-delà de ces limites de temps, il s'agit donc de prise en charge du handicap et non de soin, sauf réévaluation périodique en fonction des progrès thérapeutiques.
Pourquoi ne pas séparer comme ailleurs le soin de la prise en charge du handicap ?
Nos schizophrènes chroniques hospitalisés au long cours faute de mieux ne sont pas très bien dans des unités de soins pour patients aigus, qui, fidèles à leur mission de soin et surchargées, ne peuvent plus d'aucune façon, être des « lieux de vie ». La séparation lieux de vie/lieux de soin parait la plus adaptée d'un point de vue technique, humain et budgétaire.
Elle doit s'accompagner d'une organisation spécifique de la prise en charge du handicap » (9).
Ce propos cité in extenso du professeur Tignol en 1998, dans un article intitulé « le futur proche de la psychiatrie » nous montre la voie en séparant les trois volets du soin psychiatrique : la préférence, voire l'exclusivité de la chimiothérapie et de la psychothérapie à l'hôpital, et celle de la sociothérapie avec une ordonnance renouvelable par tacite reconduction au médico-social.
Cette demande faite au secteur médico-social de bien vouloir prendre en charge les handicapés psychiques manque de profondeur de vue clinique. Cette orientation de la politique en santé mentale qui s'appuie sur des critères aussi arbitraires que la fixation d'une symptomatologie résiduelle au bout de 5 ans conduit des structures à travailler sans moyen suffisant – non pas en terme d'argent quoique - mais sans l'ensemble des techniques nécessaires à la prise en charge des malades que l'ont disait chroniques avant de devenir handicapés.
Si les structures médico-sociales ont l'initiative de mettre en place une sociothérapie digne de ce nom – et de nombreuses institutions dans ce secteur le font – l'irrégularité dans la capacité à mettre en place les outils chimiothérapiques et psychothérapiques pour des patients, surtout lorsqu'ils seront en phase de décompensation, restera la cause d'exclusion et de transfert violent vers l'hôpital.

La psychiatrie ne sera jamais alors autant une pathologie de la liberté.

Ma conclusion sera d'autant plus simple que je n'ai pas eu à la rédiger – ce sont les 12 engagements de la profession à l'issue des Etats Généraux (11) :

1 Actualiser la nosographie française

2 Développer la recherche clinique en psychiatrie

3 redonner aux soins la dimension du collectif dans les institutions

4 réaffirmer la singularité des stratégies de soins au dépend des protocoles standardisés

5 Maintenir le secret médical en dépit des pressions administratives

6 sauvegarder l'indépendance professionnelle indispensable à la qualité des soins

7 Maintenir et promouvoir une formation continue adaptée aux spécificités de la discipline

8 Soutenir les intérêts des patients contre toute contrainte extérieure

9 Rester vigilants face à la fascination du scientisme

10 Refuser les sollicitations médiatiques qui nous délogent de notre position soignante

11 Soutenir les familles dans leur désarroi

12 Faire valoir la spécificité de la psychiatrie française sur la scène internationale

Jean louis PLACE

Bibliographie :

(1) Henri Ey p76 étude n°3 tome 1

(2) Daumezon G. et Koechlin P. « La Psychothérapie institutionnelle française contemporaine » (Anaïs Portugeses de Psiquiatria 1952)

(3) François Tosquelles in l'Evolution Psychiatrique 1952, n°3, p551).

(4) Jean Oury « Les clubs thérapeutiques. » in Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale 1959 n°4)

(5) Jean Oury in « Analyse de l'entourage immédiat du malade dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle. 2ème congrès international de psychothérapie de groupe Zurich 1957

(6) Bernard Odier « L'hospitalisation psychiatrique en milieu ouvert », in Pratiques en santé mentale, n°3, 1999 pp33-35

(7) Guide affection de longue durée – Schizophrénies – juin 2007 - H.A.S.

(8) Bernard Odier « L'hospitalisation à temps plein en psychiatrie » in L'information psychiatrique vol 79, n° 1 – Janvier 2003

(9) J. Tignol Le futur proche de la psychiatrie in « Psychiatries » n° 208 mars 1998 pp 3653-3656

(10) Philipe Paumelle « Essai de traitement collectif du quartier d'agités » Thèse de médecine écrite en 1952 éditions ENSP p. 120

(11) « La psychiatrie en péril » édition Eres